

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| |

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

Bei erstmaligem Antrag bitte dem Facharzt für Orthopädie vorlegen!

Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 28,44 EUR (inklusive Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

Hinweis: Eine Vergütung ist nur möglich, wenn Ihr Patient tatsächlich einen entsprechenden Antrag stellt.

Angaben zur Person

| | | | | | |
|--|--|---|-------|-----------------------------------|--|
| Name | | Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) | | Geburtsname | |
| Geburtsdatum | | Geschlecht | | | |
| | | <input type="checkbox"/> männlich | | <input type="checkbox"/> weiblich | |
| Straße, Hausnummer | | | | | |
| Postleitzahl | | Wohnort | | | |
| | | | | | |
| Beruf (bitte den Arbeitsplatz genau beschreiben) | | | | | |
| | | | | | |
| Maßangaben | | | | | |
| Gewicht | | _____ kg | Größe | _____ cm | |

Beschwerden und Funktionseinschränkungen aktuell

Diagnosen:

Beschreiben Sie bitte ausführlich die bestehenden Funktionseinschränkungen und/oder Schmerzsymptomatik.
 Bitte Befunde beifügen

Versicherungsnummer

Durch welche Versorgung können diese gebessert werden?

Falls vorhanden, bitte Unterlagen zur bisherigen Diagnostik (z. B. Bilder, Podographie, Ganganalyse usw.) beifügen.

Wurden bereits früher orthopädische bzw. Einlagen zu Lasten der Krankenkasse verordnet?

nein

ja, wann _____

Welche Besonderheiten bzw. Veränderungen am Sicherheitsschuh sind medizinisch notwendig?

antistatische Einlagen

Verkürzungsausgleich

Ballenpolster

Schmetterlingsrolle

sonstiges

Falls Maßschuhe verordnet werden: Warum reichen Baumusterschuhe nicht aus?

Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers:

ja

nein

Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen erbeten:

ja

nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Abrechnung des Honorars

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
| |

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe

| | |
|---|---------|
| Patient/in (Name, Vorname) | |
| Straße und Hausnummer | |
| Postleitzahl | Wohnort |
| Bei Angehörigen: Name und Geburtsdatum des versicherten Elternteils/Ehegatten/gleichgeschlechtlichen Lebenspartners | |

Ärztlicher Befundbericht

(einschl. Schreibgebühr, Kopien und Portokosten)

28,44 EUR

Hinweis:

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen ist.

Überweisungsweg

| | |
|---|----------------------------|
| Name des Kontoinhabers | Kennziffer des Arztes |
| Straße und Hausnummer | |
| Postleitzahl | Wohnort |
| IBAN (International Bank Account Number) DE | BIC (Bank Identifier Code) |
| Geldinstitut (Name, Ort) | |
| Rechnungsnummer | |

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer